Nr 13. Kraków, 29. marca 1919. Rok LVIII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 7 Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 50 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Rok LVIII Kraków, 29. marca 1919 Nr. 13

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Stan spółczesny chorób zakaźnych ostrych i metody ich zwalczania w Galicyi

napisał

Dr Adolf Kuhn,
krajowy inspektor sanitarny we Lwowie.

(Referat przygotowany na Zjazd w sprawie wyludnienia Polski, który się odbył 1. i 2. listopada 1918 w Warszawie).

(Dokończenie).

VI. Departament sanitarny Namiestnictwa w r. 1915 zainicyował budowę pięciu stałych szpitali epidemicznych w kraju; ż przyczyn od władz krajowych niezależnych dotychczas rozpoczęła się budowa tylko jednego takiego szpitala w Zakopanem, której koszt miał ponosić wspólnie kraj i rząd austryacki.

Gdy na porządku dziennym było wyodrębnienie Galicyi, tensam Departament sanitarny podjął myśl stworzenia państwowego pogotowia przeciw epidemiom w siedzibie Namiestnictwa we Lwowie. Potrzebę stworzenia takiej instytucyi nie trudno uzasadnić. W Galicyi z powodu długiej granicy wschodniej i z powodu szczególnych warunków mieszkaniowych i kulturalnych choroby zakaźne dotychczas nie wygasały, a przypuszczać należy, że i po wojnie stan podobny, a zrazu nawet może gorszy, nadal trwać będzie. Toteż niewątpliwie zachodzi konieczna potrzeba w sposób stanowczy i niezawodnie skuteczny wystąpić przeciw chorobom zakaźnym. Niepodobna rozrzucić po całym kraju odpowiedniej liczby stałych szpitali epidemicznych ze względu na olbrzymie koszta takiego przedsięwzięcia, a zresztą te szpitale stałe często znajdowałyby się nie tam, gdzie ich w danej chwili potrzeba. Również urządzanie szpitali, improwizowanych w lokalach adaptowanych, nie wszędzie jest możliwe, zazwyczaj wymaga dłuższego czasu i często nie wiedzie do pożądanego celu. Zadaniu odpowiedziećby mogło jedynie przygotowanie pewnej liczby szpitali przenośnych wraz z całem potrzebnem urządzeniem i z niezbędnym personalem*), każdy szpital w związku z kolumną sanitarną, któraby stanowiła łącznik między szpitalem a domem zakażonym i rodziną nawiedzoną chorobą zakaźną. Wszystkie te jednostki szpitalne wraz z kolumnami, połączone w organiczną całość, stanowiłyby krajową stacyę pogotowia epidemicznego.

Jednostki pogotowia, wysyłane do ognisk epidemii, musiałyby się składać z baraków, łatwo dających się przewozić, ustawiać, rozbierać i odkażać, dających się wystarczająco ogrzewać w porze zimowej; baraków, odpowiadających tym wszystkim wymaganiom, o ile mi wiadomo, dotychczas nie mamy i trzebaby odpowiedni typ baraków dopiero stworzyć.

Główna stacya pogotowia we Lwowie stanowiłaby kompleks domów mieszkalnych i magazynów i musiałaby być połączona szynami z dworcem kolejowym, a telefonem z departamentem sanitarnym Namiestnictwa.

Kierownik pogotowia, którym byłby lekarz państwowy, urzędnicy, pomocnicy i robotnicy pogotowia mieszkaliby w obrębie stacyi. Potrzebneby tu były następujące budynki, urządzenia i przedmioty: 1) mieszkanie dyrektora i urzędników (zastępca dyrektora, magazynier, aptekarz, mechanik); 2) mieszkanie służby sanitarnej (pielęgniarskiej i dezynfektorskiej); 3) mieszkanie robotników (warsztatowych i placowych); 4) warsztaty (stolarski, ślusarski, mechaniczny); 5) magazyny (baraki szpitalne, kuchenne i kancelaryjne, przenośne pracownie bakteryologiczne, sprzęty, pościel, bielizna, ubrania, leki, przybory szpitalne, środki i przyrządy dezynfekcyjne, natryski przenośne, przyrządy do wyjaławiania wody, samochody ciężarowe); 6) pralnia i prasowalnia; wreszcie 7) wozy kolejowe towarowe.

Instrukcyę dla kolumn sanitarnych opracował w ostatnich czasach Dr Napoleon Gąsiorowski, kierownik państwowej stacyi bakteryologiczno-rozpoznawczej we Lwowie.

Działalność stacyi pogotowia przedstawiam sobie następująco:

Skoro nadejdzie wiadomość o epidemicznem wystąpieniu jakiejś groźnej choroby zakaźnej w miejscowości, gdzie niema warunków do należytego urządzenia walki przeciw epidemii, departament sanitarny Namiestnictwa daje telefonem polecenie wysłania stosownego urządzenia na miejsce i urządzenie to, załadowane natychmiast, z potrzebnym personalem, po upływie 24 godzin może już być w drodze. W miejscowości oznaczonej ustawia się baraki, urządza je, personal stacyi wchodzi w styczność z czynnikami miejscowymi, dokonuje przeniesienia chorych do szpitala i obejmuje opiekę nad chorymi i nad ludnością miejscowości.

Wchodząc w niektóre szczegóły działalności pogotowia, winienem podnieść, że baraki pogotowia będzie się ustawiać ile możności najbliżej ogniska epidemii, przy pierwszorzędnych drogach ze względu na konieczną łatwość komunikacyi samochodowej. Ważną będzie sprawa przewożenia względnie dowożenia chorych do szpitala, a obmyślenie najlepszych środków przewozowych będzie konieczne.

Obecnie używa się u nas przyrządów dezynfekcyjnych parowych i parowo-formalinowych przewoźnych, które się ustawia w ognisku epidemii i zazwyczaj dostawia do grup domów, a nawet do poszczególnych domów nieco dalej położonych. Z powodu nader złych dróg w naszych wsiach i miasteczkach przyrządy te bardzo rychło się psują. Dlatego też i przyrządy dezynfekcyjne należy ustawiać, podobnie jak baraki, przy gościńcach, a dowozić do nich odzież i pościel zakażoną w odpowiednich skrzyniach.

VII. Nakoniec słowo w sprawie kompetencyi władz w sprawie zwalczania chorób zakaźnych. Czynność ta dzieli się między władze państwowe (starostwo, namiestnictwo, ministerstwo) i władze samorządne (gminy i obszary dworskie). W § 43. austryackiej ustawy o zwalczaniu chorób zaraźliwych z r. 1913 powiedziano w tej sprawie; »Wdrożenie, przeprowadzenie i zabezpieczenie wszelkich przepisanych niniejszą ustawą dochodzeń i zarządzeń w celu zapobiegania chorobom, podlegającym obowiązkowi doniesienia, jakoteż w celu ich zwalczania, względnie nadzorowanie i popieranie zarządzeń wydawanych w pierwszym rzędzie przez gminy, należy do zadań władz politycznych«. Ustawa z r. 1870, o czem już wyżej była wzmianka, zalicza »wykonanie środków miejscowych dla zapobieżenia chorobom zakaźnym i ich rozszerzeniu się« do »poruczonego« zakresu działania gmin.

---

*) Pomysł ten podały w zasadzie w r. 1909 ankiety w sprawie ustawy o zwalczaniu epidemii, urządzone w Galicyi, a w czyn wprowadziły go teraz w znacznym stopniu kolumny sanitarne K. B. K., zorganizowane przez prof. E. Godlewskiego. Wynikiem starań po ankiecie naszej z r. 1909 było też wprowadzenie do austryackiej ustawy o epidemiach wzmianki o szpitalach przenośnych w § 7. Przyp. Redakcyi.

Z tego brzmienia ustaw wynika, że wdrożenie, przeprowadzenie i zabezpieczenie wszelkich środków zaradczych, a więc wszelka czynność, zmierzająca do zapobieżenia epidemii, względnie do zwalczenia jej, ma się odbywać staraniem i kosztem Państwa, a gminy są obowiązane do wydawania zarządzeń w poruczonym zakresie, w pierwszym rzędzie, niejako w zastępstwie władzy państwowej, a mianowicie, skoro tylko przypadek choroby zakaźnej dojdzie do ich wiadomości, i to tylko do czasu, dopóki władza państwowa nie wkroczy.

Zdawałoby się, że gminy nie powinny ponosić żadnych ciężarów z powodu zwalczania chorób zakaźnych, skoro państwo ma się starać o to, aby chorób zakaźnych nie było. Tymczasem ustawa austryacka z r. 1913 przesuwa na gminy znaczną część kosztu zwalczania chorób zakaźnych, jak n. p. koszt tak zasadniczych zarządzeń, jak odosobnienie chorych (urządzenie i prowadzenie szpitali epidemicznych) i dezynfekcya. Obowiązki takie przekraczają zdolność finansową większości gmin galicyjskich przy teraźniejszym ich ustroju, to też spełnienie ich pozostałoby w tych warunkach przeważnie niewykonalnem.

VIII. Kończąc ten referat, w którym usiłowałem dać obraz dotychczasowego sposobu zwalczania chorób zakaźnych w Galicyi i uwydatnić niedomagania na tem polu, podnoszę, że każda poprawa w zakresie walki przeciwko chorobom zakaźnym musi się odbić korzystnie na liczebności i na zdrowiu naszego społeczeństwa, że zatem zapobiegnie w pewnej mierze wyludnieniu Polski. Mając ten cel przed oczyma, podaję do rozważenia następujące sprawy:

1. Stworzenie krajowej stacyi pogotowia przeciwepidemicznego.
2. Wykształcenie i zorganizowanie służby sanitarnej przeciwepidemicznej.
3. Zorganizowanie ruchomych kolumn sanitarnych.
4. Opracowanie budowy i urządzenia przenośnego barakowego szpitala epidemicznego, odpowiadającego naszemu klimatowi.
5. Wprowadzenie przymusu co do ochronnego szczepienia przeciwko ospie.
6. Wyrażenie opinii co do szczepień ochronnych przeciwko cholerze i durowi brzusznemu.
7. Rozszerzenie działalności państwowych stacyi bakteryologicznych.

Notatka słownikowa
prof. Browicza.

śródopłucnie, intrapleural.
śródnerwowo, intraneural.
miejscowy, tubylczy, homeotop.
przybyszowy, heterotop.
kiściorzęse, lophotricha.
okólnorzęse, peritricha.
odtrutny, antitoxicus.
nerkotrutny, nephrotoxicus.
wątrobotrutny, hepatotoxicus.
świdrowcogubny, trypozid.
włoskowce, trichomycetes.
jad niedziałalny, Toxoid.
miareczkowanie, titriemétrie.
leczenie pracą, gimnastyczne, ćwiczeniami, Übungstherapie.
miernik rozciągliwości cewki, Urethrometer.
zrost palców, symphalangia.
próba cieniowa, skiascopia.
obraz cieniowy, skiagramma.
nadłonowy, suprasymphysär.
odjęcie małżowiny nosowej, turbinectomia.
przedęcie, hyperačria.
woszczyny, węza, Honigwabe.
trzepotanie się serca, Herzflimmern.
olbrzymiość wątroby, hepatomegalia.
przecięcie łonowe, hebo(pubio)tomia.
przecięcie kości łonowych, hebosteotomia.
krwiak miedniczki, Haemonephrose.
leczenie krwią, haemotherapia.
tamujący krwawienie, haemostypticus.
palec młotkowaty, Hammerzehe.
granuloza (chem.), granulosis.
jaglica (patol.), granulosis.
zarodnikowanie, sporulatio.
jad uliczny, Strassenvirus.

Oceny i sprawozdania.

Leczenie surowicami i szczepionkami bakteryjnemi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał Prym. **Dr Antoni Krokiewicz.**

(Ciąg dalszy).

VIII. J e q u i r i t o l i s u r o w i c a j e q u i r i t o l. W nasionach modligroszka czyli jequiryty (abrus praecatorius) znajduje się według Koberta toksalbumina, t. zw. abryna. Wecker zwrócił uwagę okulistów (1882) na napar nasion modligroszka; Kobert otrzymał czystą abrynę, a Ehrlich przedsięwziął doświadczenia uodparniania zwierząt abryną. Wykazały one, że zwierzęta, żywione systematycznie abryną, stają się przeciw niej odporne. Według Ehrlicha wytwarza się naówczas we krwi ciało, t. zw. antyabryna, która paraliżuje działanie trujące abryny. Ehrlich stwierdził, że rozczyn abryny, podobnie jak napar jequiryty, wywołuje zapalenie spojówek oka, które może sprawić wyjaśnienie zmętnień, przez łuszczkę powstałych. Ta wartość lecznicza jequirity jest od dawna znana. W Brazylii i w Indyach używano od kilku stuleci naparu jequirity przeciw chorobie oczu (Brazie). Naukowe badania Weckera, Sattlera, Reussa, Hippela, Coppeza, Knoppa i t. d. wyświeciły własności nasion jequirity. Niepewne dawkowanie, jakie wydarza się przy naparze jequirity i następowe częstokroć zbyt silne zapalenia oczu, skłoniły do wyrabiania jequiritolu i surowicy jequiritolu, które to przetwory wprowadził Römer do lecznictwa. Jequiritol jest przetworem nasion modligroszka, sporządzonym wśród szczególnych ostrożności. Jest rozczynem wyjałowionym z dodatkiem 50% gliceryny i ściśle nastawionym na działanie fizyologiczne, przez co zabezpiecza dokładne i bezpieczne dawkowanie, co jest niemożliwem przy stosowaniu abryny i naparu jequirity. Merck wyrabia jequiritol w 4 odmianach. Nr I. jest tak nastawiony, że 0,01 cm sz. zabija napewne białą mysz o wadze 20 grm po podskórnem wstrzyknięciu w ciągu 4 dni; Nr II. jest 10 razy silniejszy, niż Nr I.; Nr III jest 10 razy silniejszy, niż II, a IV 10 razy silniejszy, niż III. Przez zakroplenie jequiritolu do oka wywołuje się zapalenie, wśród której następuje surowicze przesiąknięcie powierzchownych warstw rogówki, a przez to szybkie wessanie wysięków chorobowych rogówki. Zmętnienia rogówki wyjaśniają się, o ile są powierzchowne; przy głębokich zmianach w rogówce (keratitis parenchymatosa) skutek niepewny, boć ten przetwór nie działa na głębsze warstwy rogówki. Przy zapaleniach woreczka łzowego nie można go stosować.

Surowicę jequiritol otrzymuje się w myśl zasady Behringa. Niweczy ona rychło działanie jequiritolu w ustroju ludzkim, i to tak przy stosowaniu miejscowem (do worka spojówkowego), jak przy wstrzykiwaniu podskórnem. Zaprawia się surowicę dla przechowania 0.25% fenolem. Ma ona tak silną własność uodparniającą, iż 0·1 cm sz. wystarczy, aby białą mysz uodpornić przeciw 100-krotnej dawce śmiertelnej jequiritolu, skoro się równocześnie wstrzyknie mieszankę jequiritolu ze surowicą jequiritolu. Jequiritol i surowicę jequiritol wyrabia Merck. Leczenie odnośne, wprowadzone przez Römera, polecają Kraus, Salffner, Best, Collins i w. i. Uważają oni jequiritol za dzielny środek, wyjaśniający zmętnienia na tle łuszczki i blizn. Nie wolno stosować jequiritolu przy ropieniach rogówki, owrzodzeniach i świeżych sprawach w rogówce.

Rampoldi poleca jequiritol przy raku i gruźlicy powiek i twarzy. Wstrzykuje kilka kropli rozczynu w miejsce zropiałe, przez co wytwarza się obumarcie i zabliźnianie w tem miejscu.

IX. S u r o w i c a p r z e c i w r a k o w a. Przyczynę nowotworów złośliwych rakowych odnosił E. Doyen do »micrococcus neoformans«. Odpowiednią szczepionką i surowicą leczniczą miał on otrzymywać pomyślne wyniki. Dziś wykazano, że »micrococcus neoformans« nie znajduje się we wszystkich guzach rakowych. Toteż zaprzeczają wartości leczniczej tej surowicy w nowotworach rakowych, a Paine, Morgan, Delbet, Chasanow, przypisują jej nawet szkodliwe działanie.

X. Surowica meningokokowa. Jochmann zastosował skutecznie pierwszy u ludzi odnośną surowicę, uzyskaną przez zastrzykiwanie meningokoków u koni. Prawie równocześnie Kolle i Wassermann ogłosili swą surowicę, ale bez doświadczeń u chorych. Surowicę Jochmanna wytwarza Merck (oddział Dr Landmanna) według prawideł, stosowanych przy wyrabianiu surowicy paciorkowcowej i pneumokokowej. Zawiera ona sporo aglutynin i bakteryolizyn i ochrania zwierzęta przeciw śmiertelnej dawce meningokoków. Surowica meningokokowa jest bakteryotropiczną. W celu otrzymania surowicy szczepi się konia o ile możności wielką ilością szczepów meningokokowych, świeżo wyhodowanych z cieczy mózgowordzeniowej, — i to najpierw podskórnie, a potem w coraz to większych ilościach śródżylnie hodowlami obumarłemi, a w końcu hodowlami żywemi. W ten sposób uzyskana surowica wielowartościowa wykazuje wysoki stopień aglutynacyi i umożliwia odróżnianie szczepów prawdziwych od nieprawdziwych. 0·5 cm sz. surowicy Jochmanna ochrania myszy przed skutkami wstrzyknięcia do jamy brzusznej 4—6-krotnej dawki tychże ziarenkowców, jeżeli je wstrzyknięto równocześnie lub na drugi dzień. Surowica Jochmanna wstrzymuje stanowczo rozwój meningokoków.

Jochmann wstrzykiwał najpierw surowicę podskórnie i zauważył wpływ korzystny na dalszy przebieg choroby. Następnie wstrzykiwał on do kanału kręgowego po 20 cm sz. surowicy po wypuszczeniu poprzedniem 30—50 cm sz. cieczy mózgowordzeniowej, skoro się gorączka podniosła. Zwykle nie było ubocznego działania surowicy; ciepłota ciała obniżała się; ustępowały bóle głowy, sztywność karku i zajęcie przytomności. Według Schönego śmiertelność spadła z 40% na 27%. Arnold wstrzykiwał również surowicę przez nakłucie lędźwiowe (na razie 4 przypadki). Ponieważ wstrzykiwanie takie może być niebezpieczne, więc Schöne radzi naprzemian stosowanie surowicy podskórnie i przez nakłucie lędźwiowe. Bardzo polecają surowicę Weiss, Eder, Netter, Debre, Grysez i Dopter. Wstrzykiwania do kanału kręgowego są skuteczniejsze, niż podskórne. Według Blocha, Göpperta, Jochmanna wstrzykiwania surowicy są skuteczne tylko w samym początku choroby. Compans radzi stosować surowicę meningokokową przy zmianach tryprowych w stawach i ścięgnach. W świeżych przypadkach wystarczają wstrzykiwania podskórne 20 cm sz. surowicy.

XI. Surowica przeciwwąglikowa. Sclavo i Marchoux wytworzyli surowicę dla biernego uodparniania i dla leczenia; otrzymywali oni różne wyniki. Dopiero Sobernheim przez t. zw. Simultanmethode osiągnął bezsprzecznie wyniki lecznicze. Według niego wstrzykuje się zwierzęciu równocześnie surowicę przeciwwąglikową, zawierającą ciała ochronne i osłabioną hodowlę prątków wąglikowych. Sobernheim uważa tę metodę za nieszkodliwą i trwale uodparniającą. Wypróbował ją na 4.300 sztukach bydła w okolicach i oborach, w których zaraza nagle wystąpiła lub od długiego już czasu panowała. Z chwilą zastosowania szczepienia zaraza wąglikowa zupełnie wygasła. Metoda Sobernheima okazuje tę wyższość nad szczepieniem pasteurowskiem, iż przez nią zwierzęta są silniej i trwalej uodpornione; jest o wiele bezpieczniejsza i pewniejsza. Niemniej ważnem jest, że szczepienie metodą Sobernheima jest jednorazowe, a metodą Pasteura dwurazowe (w ciągu 12 dni). Przy metodzie Sobernheima odporność wytwarza się w 8—10 dniach, a przy metodzie Pasteura najwcześniej w 3 tygodnie od pierwszego zaszczepienia. Dla leczenia wąglika u człowieka wyrabia Merck szczególniejszą surowicę, korzystnie działającą. Wilms opisuje dwa przypadki, leczone tą surowicą. Jeden z nich zasługuje na uwagę i przedstawia się pokrótce następująco: U chorego na lewej skroni wytworzyła się krosta wąglikowa z następowym obrzękiem całej lewej strony twarzy i szyi. Chory doznawał nudności, wymiotów, trudności połykania i silnego osłabienia. Po wstrzyknięciu śródżylnem 20 cm sz. surowicy wystąpiły silne poty wśród podwyższenia ciepłoty, a następnego dnia zauważono polepszenie. Po drugiem wstrzyknięciu 15 cm sz. surowicy obrzęk na twarzy ustąpił, a po 6 dalszych wstrzyknięciach częścią podskórnych, częścią śródżylnych, choroba przybrała przebieg korzystny. Według Wilmsa przy ciężkiem zakażeniu wąglikowem metoda Sobernheima daje najlepsze wyniki. Lären po zastosowaniu śródżylnem 30—40 cm sz. surowicy Sobernheima spostrzegał niekiedy silne obniżenie ciepłoty ciała, atoli obrzęki zapalne i zajęcie przytomności bardzo powoli ustępowały, nie tak rychło, jak to podają inni. Potrzeba jeszcze więcej doświadczeń.

XII. Surowica pneumokokowa. Fränkel uzyskał odporność pewnego stopnia u królików, które przebyły sztuczne zakażenie pneumokokami. Klemperer, Emmerich i Favitzky, Foa i Carbonne, Mennes, Pane, Neufeld i Mosny, wytwarzali surowice antytoksyczne, względnie przeciwbakteryjne i stosowali je w celu leczniczym przy zapaleniu płuc. Zdania co do skuteczności podzielone. Korzystniejsze wyniki stosowania surowicy przeciwpneumokokowej zauważyć można, odkąd Römer dokładniej zbadał zapalenie pneumokokowe oka (ulcus corneae serpens) i wykazał, że istoty ochronne, wytworzone w ustroju, a względnie doń wprowadzone, dostają się i do tkanki rogówki. Na życzenie Römera wyrabia Merck surowicę przeciwpneumokokową od r. 1903 pod nazwą handlową: »Römers Pneumokokken-Serum«. Wytwarza ją z rozlicznych szczepów pneumokoków, które wstrzykuje koniom, krowom i owcom i następnie miesza surowicę tych różnych zwierząt i bada jej skuteczność na chorym. Tego sposobu badania musiał użyć Römer, gdyż oznaczenie wartości surowicy na zwierzęciu okazało się niemożliwem, a to prawdopodobnie z powodu małej jadowitości szczepów, przeważnie z wrzodu pełzającego (ulcus serpens) rogówki wyhodowanych. Landmann, kierownik oddziału serologicznego w pracowni Mercka, wytworzył przez użycie bardzo jadowitych, przeważnie z zapalenia płuc u ludzi wyhodowanych pneumokoków, surowicę, której równomierną siłę można ustalić doświadczalnie. Wyrób tej surowicy, znajdującej się w obiegu pod nazwą: »Pneumokokken-Serum Merck« pozostaje pod kontrolą Zakładu patologii doświadczalnej we Frankfurcie nad Menem; jej siła określona przez I. E. Jeśli 0·01 cm sz. surowicy może ochronić mysz białą przeciw 10—100-krotnej dawce śmiertelnej żywej hodowli, to surowica zawiera w 1 cm sz. jedną jednostkę odporności (I. E.). Obecnie wyrabiana surowica zawiera w 1 cm sz. zazwyczaj 20 I. E. (C. d. n.).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo ginekologiczne krakowskie.

Towarzystwo ginekologiczne krakowskie odbyło d. 25. lutego 1919 w sali wykładowej kliniki położniczo-ginekologicznej pierwsze posiedzenie po blisko 5-letniej nieczynności, spowodowanej wypadkami wojennymi. Prezes Towarzystwa kol. B. Wojciechowski poświęcił na wstępie gorące wspomnienie zmarłym członkom Towarzystwa: ś. p. prof. Dobrowolskiemu i Krzysztoniowi, oraz ś. p. prof. Glińskiemu i prof. Marsowi. Zebrani uczcili przez powstanie pamięć zmarłych.

Uchwalono następnie po ożywionej dyskusyi wznowić działalność Towarzystwa w dawnym zakresie przez urządzanie posiedzeń i demonstracyi naukowych, do współudziału w których zaproszono przedstawicieli także innych działów medycyny; uchwalono również stałą roczną subwencyę dla »Przeglądu lekarskiego«, jako częściowy zwrot kosztów za ogłaszanie komunikatów Towarzystwa.

Do zarządu Towarzystwa na rok 1919 wybrano prezesem prof. Rosnera, wiceprezesem kol. Akermanna, skarbnikiem kol. Friedmanna, sekretarzem kol. K. Piotrowskiego. Uchwalono wreszcie poprzeć usilnie działalność krakowskiego Towarzystwa lekarskiego przez urządzanie odczytów i demonstracyi, oraz wniosek, aby prezydyum zajęło się powołaniem na nowo do życia istniejącego przed wojną Towarzystwa ginekologów polskich.

W sprawie publikacyi Ministerstwa zdrowia.

Rządy zaborcze nie dopuszczały, prócz Galicyi, nigdzie lekarzy Polaków do publicznej służby zdrowia, to też tam lekarze polscy nie starali się o przygotowanie się do stanowisk urzędowych i nie posiadali go wcale. Organizując polską administracyę sanitarną, trzeba więc było zaczynać od stworzenia dla niej kadrów, od kształcenia kandydatów. Ministerstwo zdrowia bardzo trafnie obok urządzenia osobnych w tym celu kursów postarało się odrazu o opracowanie i wydało własnym kosztem szereg podręczników, specyalnie przeznaczonych dla lekarzy urzędowych. Ponieważ jednak obok bardzo dobrych są wśród tych podręczników i rzeczy słabsze (jak wskazywaliśmy w zeszłorocznych ocenach tych wydawnictw), oraz ponieważ dla niektórych działów podręczników jeszcze brakuje, przeto konieczne jest kontynuowanie tych wydawnictw, aby braki uzupełnić, a słabsze podręczniki w ponownych wydaniach poprawiać i doskonalić. Kilka

świeżych wydawnictw zdaje się wskazywać, że Ministerstwo istotnie zamierza ten dział swych wydawnictw dalej rozszerzać.

Obok tych wydawnictw musiało Ministerstwo zdrowia siłą rzeczy podjąć nieodzowne wydawnictwo praw i rozporządzeń sanitarnych i higieniczno-społecznych, jako tak zwany pospolicie »dziennik urzędowy«. To wydawnictwo, będące dotąd rodzajem czasopisma, wydawanego w różnych, niestałych odstępach czasu, a noszące (niezbyt szczęśliwą) nazwę »Biuletynu«, obejmowało dotąd oprócz wydanych już, jako obowiązujące, rozporządzeń (»dekretów«), także projekta różnych ustaw, oraz sprawozdania z prac organizacyjnych. Sądzimy, że to wydawnictwo Ministerstwa zdrowia nie może i nie powinno się tylko do tego ograniczać. Przedewszystkiem musi ono w przyszłości objąć dział statystyczny, skoro tylko zorganizuje się w Polsce należycie statystykę sanitarną. Oprócz trwalszej swej wartości, ma przecież statystyka taka także wielką doniosłość aktualną, praktyczną, jako wykładnik publicznego stanu zdrowia; musi przeto być peryodyczną, wskutek czego i pomieszczająca ją publikacya musi wychodzić punktualnie w stałych odstępach czasu, conajmniej raz na miesiąc. To jedno. Powtóre, jeżeli sprawy zdrowia publicznego mają w Polsce postępować nietylko za śladem postępów Zachodu, ale, i to przedewszystkiem, samodzielnie, to konieczna jest prawdziwie czynna, twórcza współpraca całej administracyi sanitarnej, na wszystkich jej szczeblach, bez opuszczania się na inicyatywę i pomysłowość władzy centralnej. Koniecznym takiej zbiorowej czynnej współpracy warunkiem jest ustawiczne dalsze kształcenie się wszystkich lekarzy urzędowych, jest ciągłe zapopoznawanie się z nowemi zdobyczami wiedzy lekarskiej, a szczególnie ze zdobyczami w tym specyalnym dziale higieniczno-sanitarnym i higieniczno-społecznym. Skoro zaś przy olbrzymim dzisiaj rozroście tego działu nie mieliby lekarze urzędowi środków, ani czasu na to, aby studyować cały ruch zagraniczny na tem polu, przeto nieodzowną jest rzeczą dać im w rękę przynajmniej przewodnik, rejestrujący ważniejsze zdobycze naukowe i praktyczne i wskazujący źródła, skąd czerpać można szczegółowe wiadomości. Jednem słowem uważalibyśmy za niezbędne obok przemiany »Biuletynu« na czasopismo peryodyczne i obok zamieszczania w nim nietylko praw, rozporządzeń i sprawozdań urzędowych, ale także statystyki sanitarnej z całego Państwa, — stworzenie w tem czasopiśmie działu sprawozdawczego z zakresu higieny publicznej i społecznej. Dział ten powinien być prowadzony jak najsumienniej i uwzględniać nietylko wszelkie wybitniejsze publikacye angielskie, amerykańskie, niemieckie, francuskie i włoskie, ale także ważniejsze fakta i zdarzenia, o których wiadomość mogłaby być pożyteczna lub pożądana dla lekarzy urzędowych.

Osobno należałoby się zastanowić nad tem, czy takie czasopismo miałoby pomieszczać także oryginalne prace z zakresu higienicznego i higieniczno-społecznego. C.

W sprawie szpitalnictwa w Polsce.

Szpital powinien być instytucyą państwową. Uzależnienie budowy szpitala od uczuć humanitarnych bogatej jednostki czy ciała zbiorowego, względnie przerzucenie ciężaru budowy na nie, nie jest słuszne. Państwo powinno stworzyć jaknajlepsze warunki dla pielęgnowania zdrowia i utrzymania życia ciała tak, jak to czyni dla ducha przez szkołę i inne instytucye kulturalne.

Szpital powinien być instytucyą, dostępną dla wszystkich i bezpłatną. Jeżeli nie płacimy bezpośrednio policyi, która nas broni przed złą wolą współobywateli, to na tejsamej podstawie nie powinniśmy płacić za to, że organa, do tego powołane, bronią naszego zdrowia. Zresztą Galicya może już mieć własne w tej sprawie doświadczenie. Ściąganie opłat szpitalnych, prócz konieczności utrzymywania w każdym szpitalu maszyny administracyjnej bardzo kosztownej, prócz zawalenia urzędów politycznych aktami opłat szpitalnych, dotyka w wysokim stopniu te warstwy, które właśnie najmniej się ku temu nadają. Nad biedakiem, który nic zupełnie nie posiada, nie wisi groźba opłat szpitalnych. Lecz już grozi ona małorolnym chłopom, a przez wprowadzenie zbiorowej rodzinnej odpowiedzialności za należytości lecznicze doprowadza do takich absurdów, że dziadek średnio zamożny, mający kilkoro wnucząt rodziców biednych, musi za nich wszystkich nawet kilkakrotnie w razie umieszczenia ich w szpitalu płacić. Biedny urzędnik, który odważy się mieć służącą, drży, by nie zachorowała, bo w razie choroby i oddania do szpitala musi płacić za nią za 28 dni. Wskutek bezpośredniego ściągania opłat szpitalnych unikają szpitala warstwy małorolne wiejskie i proletaryat inteligencyi, (robotnicy mają kasy chorych), a w związku z tem rozwija się pokątne partactwo lecznicze ze wszelkiemi jego następstwami.

Jeżeli staniemy na stanowisku, że państwo powinno wszystkim potrzebującym tego obywatelom dać możność bezpłatnego leczenia szpitalnego, to nasze Ministerstwo zdrowia ma przed sobą w tej dziedzinie olbrzymią wprost pracę. Sejm Polski, kraju, tak upośledzonego w dziedzinie ochrony życia, będzie musiał uchwalić »program szpitalny«, przewidujący planowe i celowe pokrycie kraju gęstą siecią szpitali. Dla opracowania tego programu szpitalnego i dla wprowadzenia go w życie powinno mieć Ministerstwo osobny wydział, któryby zajął się wyłącznie tą ważną dla kraju sprawą. Praca na lat dziesiątki.

Upaństwowienie wszystkich szpitali, a przez to ujednostajnienie typu szpitalnego łączyłoby się z przejęciem administracyi szpitalnej przez Ministerstwo zdrowia. Administrowanie choćby tylko już istniejącymi szpitalami pociągnie za sobą stworzenie dużego Wydziału administracyjnego. Te dwa wydziały — Wydział administracyi szpitalnej i Wydział budowy nowych szpitali, musiałyby być połączone w jedną Sekcyę szpitalnictwa. Tylko taka osobna Sekcya, podlegająca wprost Ministrowi, będzie mogła na odpowiednim poziomie postawić nasze szpitalnictwo.

Dopóki szpitalnictwo nie zostanie odpowiednio zorganizowane, dotąd cała praca Wydziału zwalczania chorób zakaźnych ostrych i Wydziału zwalczania chorób wenerycznych pozostanie pracą papierową, wszelkie wysiłki, zmierzające do obniżenia śmiertelności, nie odniosą należytego skutku.

Dr J. Bujalski (Tarnów).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 26. III. 1919 posiedzenie, na którem prezydent Dr Schoengut mówił o Izbach lekarskich w państwie, a Dr Blassberg miał wykład o szczepieniach przeciwdurowych.

— Władze państwowe zarządziły, aby Wydziały Izb lekarskich sprawowały nadal swe czynności aż do czasu, gdy będą możliwe nowe wybory, oraz aby Izba zachodnio-galicyjska nosiła odtąd nazwę »Izby lekarskiej w Krakowie«, a wschodnio-galicyjska — »Izby lekarskiej we Lwowie«.

— Towarzystwo ginekologiczne krakowskie odbyło d. 18. III. 1919 posiedzenie, na którem przedstawiali przypadki chorobowe i preparaty: prof. Rosner, Dr Markowa, Szancenbach, Rychliński i Radwańska.

— Zarząd biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego składa podziękowanie kol. Dr Weinsbergowi za dzieła, ofiarowane bibliotece. Bibliotekarz: Dr Blassberg.

Zmarli: Dr Aleksander Czaplicki, założyciel i długoletni prezes kieleckiego Towarzystwa lekarskiego i naczelny lekarz szpitala św. Aleksandra, uczestnik powstania r. 1863, w 74 r. ż. w Kielcach; Dr Józef Weber, st. ordynator szpitala św. Stanisława w 54. r. ż. w Warszawie; okulista Dr Tytus Kicki w 59. r. ż. we Lwowie; Dr Wilhelm Przybyszowski, lekarz miejski w Żabnie, w 52 r. ż.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.